MAP-205
(02/2024)

स्वास्थ्य तथा पारिवारिक सेवाहरूका लागि कमनवेल्थ अफ केन्टकी क्याबिनेट
समुदायमा आधारित सेवा विभाग

MEDICAID वा MEDICARE बचत कार्यक्रमहरूका लागि आवेदन

कृपया तपाईंलाई थाहा भएमा तपाईंले आवेदन दिन लाग्नुभएको Medicaid को प्रकार चयन गर्नुहोस्:

□ नियमित Medicaid
□ छुटप्राप्त Medicaid
□ दीर्घकालीन स्याहार Medicaid
□ Medicare बचत कार्यक्रम
□ स्पेन्ड डाउन (Spend Down)

प्रश्नहरू छन्? मद्दत चाहिन्छ? 1-855-306-8959 मा फोन गर्नुहोस्
सुन्न नसक्ने व्यक्तिहरूले 1-800-648-6056 मा फोन गर्नुहोस्

निर्देशनहरू:

1. पुरै फाराम भर्नुहोस्। तपाईंलाई लेख्नका लागि थप ठाउँ चाहिएमा थप पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।
2. अनुरोध गरिएका कागजातहरूको प्रतिलिपि समावेश गर्नुहोस्।
3. अन्तिम पृष्ठमा भएका आफ्नाा अधिकार तथा जिम्मेवारीहरू पढ्नुहोस्।
4. पृष्ठ 6 को तल्लो भागमा रहेकौ आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।
5. तपाईं पृष्ठ 7 देखि 9 मा तपाईंलाई थप सामुदायिक कार्यक्रम/सेवा/स्रोतहरू उपलब्ध गराउन सक्ने स्वैच्छिक **kynect स्रोत आवश्यकता मूल्याङ्कन** पूरा गर्न चाहनुहुन्छ कि चाहनुहुन्न भनी निर्धारण गर्नुहोस्।
6. तपाईं बस्ने काउन्टीको समुदायमा आधारित सेवा विभाग (Department for Community Based Services, DCBS) को स्थानीय कार्यालयमा फिर्ता पठाउनुहोस्। तपाईं 1-855-306-8959 मा फोन गरेर वा समुदायमा आधारित सेवा विभागको स्थानीय कार्यालयमा गएर आफ्नो स्थानीय कार्यालय पत्ता लगाउन सक्नुहुन्छ, यसमा खोज्नुहोस्: https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx(अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ)। तपाईं 1-502-573-2005 वा 1-502-573-2007 मा केन्द्रीकृत मेल रूममा आवेदन फ्याक्स गरेर पठाउन सक्नुहुन्छ।

हामीलाई आफ्नो बारेमा भन्नुहोस्:

थर:	नाम:	बिचको पहिलो अक्षर:	लिङ्ग: जन्ममिति:
भौतिक ठेगाना: यो सुविधास्थल/संस्था हो? ☐हो ☐होइन	सहर:	राज्य:	जिप:
पत्राचार ठेगाना:	सहर:	राज्य:	जिप:
सामाजिक सुरक्षा नम्बर:	टेलिफोन नम्बर:	तपाईं बस्नुभएकौ काउन्टी:	

स्वास्थ्य तथा पारिवारिक सेवाहरूका
लागि कमनवेल्थ अफ केन्टकी क्याबिनेट
समुदायमा आधारित सेवा विभाग

वैवाहिक स्थिति: ☐ अविवाहित ☐ विवाहित, सँगै बस्ने ☐ विवाहित, अलग बस्ने ☐ सम्बन्ध विच्छेद ☐ विधुवा	पूरक सुरक्षा आय (Supplemental Security Income, SSI) को स्थिति: ☐ कहिल्यै लागू भएन ☐ हाल प्राप्त गर्दै ☐ विचाराधीन ☐ अस्वीकृत/रोकिएको कारण:	प्राविधिक योग्यता: ☐ वृद्ध (65 वा सोभन्दा बढी उमेरका) ☐ दृष्टिविहीन ☐ असक्षम नर्सिङ सुविधास्थल वा छुटप्राप्त कार्यक्रममा? ☐ हो ☐ होइन
कर दाखिला (ट्याक्स फाइलिङ) को स्थिति:	प्राथमिक आवेदक बोल्ने भाषा (यदि अङ्ग्रेजी होइन भने):	

कसैले तपाईंलाई यो आवेदनमा मद्दत गर्नुभयो? यदि हो भने, कृपया तल उहाँको जानकारी प्रदान गर्नुहोस्:

सम्बन्ध: ☐ पति/पत्नी ☐ अख्तियारनामा ☐ संरक्षक ☐ अधिकृत प्रतिनिधि				
यदि अन्य हो भने, कृपया व्याख्या गर्नुहोस्:				
थर:	नाम:	बिचको पहिलो अक्षर:	टेलिफोन नम्बर:	
ठेगाना:	सहर:	राज्य:	जिप:	

म यस व्यक्तिलाई मेरो तर्फबाट MEDICAID का लागि आवेदन दिन भनेर मेरो अधिकृत प्रतिनिधिको रूपमा नियुक्त गर्दछु।

आवेदकको हस्ताक्षर: X________________________________ मिति: ________________

कृपया अधिकृत प्रतिनिधि स्थितिको प्रमाण प्रदान गर्नुहोस्। स्वीकार्य अधिकृत प्रतिनिधि प्रमाणीकरणका उदाहरणहरूमा निम्न समावेश छन्:

- **MAP-14 अधिकृत प्रतिनिधि पदनाम फाराम यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf** (अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ)
- **अख्तियारनामा कागजातहरू**
- **संरक्षकत्व प्रमाणित गर्न अदालती कागजातहरू**

घरपरिवारको जानकारी
तपाईंको घरमा बस्ने सबैजनालाई सूचीबद्ध गर्नुहोस्

सम्बन्ध	थर	नाम	बिचको पहिलो अक्षर	जन्ममिति	लिङ्ग	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जाति*	हिस्प्यानिक/ ल्याटिनो हो?	अमेरिकी नागरिक हो?
स्वयं					☐ पुरुष ☐ महिला			☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन
					☐ पुरुष ☐ महिला			☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन
					☐ पुरुष ☐ महिला			☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन
					☐ पुरुष ☐ महिला			☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन
					☐ पुरुष ☐ महिला			☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन

***जातिका लागि:** लागू हुने यीमध्ये कुनै पनि कोड प्रयोग गर्नुहोस्। तपाईंले जवाफ दिनुभएन भने तपाईंको कभरेज प्रभावित हुने छैन। (A) अमेरिकी भारतीय/अलास्का मूल निवासी; (B) अश्वेत जाति; (P) मूल हवाई निवासी/प्यासिफिक टापुवासी; (S) एसियाली; (W) श्वेत जाति।

तपाईं वा तपाईंको पति/पत्नीको स्वास्थ्य बीमा छ?
(आवेदनसँगै कार्डहरूको अगाडि र पछाडिको प्रतिलिपि पठाउनुहोस्)

☐ MEDICARE भाग A	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	लागू हुनी मिति:
स्वयं ☐ पति/पत्नी ☐	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	
☐ MEDICARE भाग B	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	लागू हुनी मिति:
स्वयं ☐ पति/पत्नी ☐	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	
☐ MEDICARE पार्ट सी	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	लागू हुनी मिति:
स्वयं ☐ पति/पत्नी ☐	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	
☐ MEDICARE भाग D	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	लागू हुनी मिति:
स्वयं ☐ पति/पत्नी ☐	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	
प्रदायकको नाम: स्वयं ☐ पति/पत्नी ☐		
☐ अन्य बीमा पोलिसी	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	लागू हुनी मिति:
कम्पनीको नाम र ठेगाना:		
☐ अन्य बीमा पोलिसी	दाबी नम्बर (कार्डमा नभएको):	लागू हुनी मिति:
कम्पनीको नाम र ठेगाना:		

तपाईंको आय र तपाईं विवाहित हुनुहुन्छ भने तपाईंको पति/पत्नीको आय:

अनर्जित आय उदाहरणहरू: सामाजिक सुरक्षा, भूतपूर्व सैनिकहरू, रेलरोड सेवानिवृत्ति, पेन्सन, सहायता वा निर्वाह धन, भाडा आम्दानी, सुर्तीजन्य पदार्थ सेटलमेन्ट, भुक्तानी फाराम वार्षिकी/लगानीहरूको भुक्तानी			
कसको आम्दानी	आम्दानीको प्रकार	कुल रकम (कटौती गर्नुअघिको)	कति पटक प्राप्त भयो

आर्जित आम्दानी उदाहरणहरू: जागिर वा स्वरोजगार आम्दानीबाट प्राप्त हुने ज्याला				
कसको आम्दानी	आम्दानीको प्रकार	कुल रकम (कटौती गर्नुअघिको)	कति पटक प्राप्त भयो	रोजगारदाताको नाम र ठेगाना

कृपया सबै आम्दानीको प्रमाण प्रदान गर्नुहोस्। स्वीकार्य प्रमाणीकरणका उदाहरणहरूमा निम्न समावेश छन्:

- सामाजिक सुरक्षा, भेटरन्स अफेयर्स वा रेलरोड सेवानिवृत्तिबाट पुरस्कार पत्रहरू
- भुक्तानी पर्चीका प्रतिलिपिहरू
- स्वरोजगारका लागि कर रेकर्डका प्रतिलिपिहरू
- निर्वाह धन वा सहायताका लागि अदालतका आदेशहरू
- पेन्सन र सेवानिवृत्तिका लागि कम्पनीको विवरण

तपाईं वा तपाईंको पति/पत्नीसँग कुनै स्रोत छन्?

स्रोतका उदाहरणहरूमा निम्न समावेश छन्: बैङ्क खाता, स्टक र बन्ड, ट्रस्ट, वार्षिकी, सवारी साधनहरू। तपाईंले यी स्रोतहरूको प्रमाण उपलब्ध गराउनुपर्छ। स्वीकार्य प्रमाणमा बैङ्क विवरण, ब्रोकरेज विवरण, ट्रस्ट/वार्षिकीका प्रतिलिपिहरू समावेश छन्।

स्रोतको प्रकार	ब्यालेन्स/ मूल्य	स्रोत कोद्वारा आयोजित गरिएको हो? (बैङ्क वा कम्पनीको नाम)	मालिकहरू	खाता नम्बर

तपाईंले विगत 5 मा वर्षमा कुनै स्रोत हस्तान्तरण गर्नुभएको वा बेच्नुभएको छ? यदि छ भने, कृपया व्याख्या गर्नुहोस्:

स्रोतहरूले जीवन बीमाका पोलिसी वा तपाईं वा तपाईंको पति/पत्नीका लागि बनाइएका रीप्रिपेड अन्त्येष्टि व्यवस्थाहरू पनि समावेश गर्छ:

पोलिसी मालिक	बीमा कम्पनी / अन्त्येष्टि घर	पोलिसी नम्बर	अङ्कित मूल्य	पोलिसीको नगद समर्पण मूल्य

तपाईं वा तपाईंको पति/पत्नीसँग तपाईं बस्ने घरको स्वामित्व छ? यदि छ भने, कृपया तल जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस्:	तपाईं वा तपाईंको पति/पत्नीसँग तपाईं नबस्ने सम्पत्तिको स्वामित्व छ? यदि छ भने, कृपया तल जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस्:
ठेगाना:	ठेगाना:
हालको प्रक्रिया मूल्य विश्लेषण (Process Value Analysis, PVA) मूल्य:	हालको प्रक्रिया मूल्य विश्लेषण मूल्य:

बुझाइ र सम्झौताको कथन

म यो जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सही र सत्य छ भनी प्रमाणित गर्दछु। सामाजिक सुरक्षा ऐनअनुसार सबै सहायता प्राप्तकर्ताूलाई सामाजिक सुरक्षा नम्बरबाट पहिचान गर्न आवश्यक छ र कुनै व्यक्तिले नम्बरका लागि आवेदन दिन अस्वीकार गर्छ भने विभागले भुक्तानी गर्न वा Medicaid प्रदान गर्न सक्दैन भन्ने कुरा म बुझ्छु। सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू आय तथा योग्यता प्रमाणीकरण प्रणाली (Income and Eligibility Verification System, IEVS) मार्फत विभिन्न राज्य तथा संघीय म्याचहरूका लागि प्रयोग गरिने छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। यी म्याचहरूमा सामाजिक सुरक्षा, (Internal Revenue Service, IRS), पूरक सुरक्षा आय (Supplemental Security Income, SSI), ज्याला रेकर्डू, बेरोजगारी बीमा र आय तथा योग्यता प्रमाणीकरण प्रणालीको अधिकारअन्तर्गत प्रदान गरिएका अन्य म्याचहरू समावेश छन् तर यतिमा सीमित छैनन्। विसंगतिहरू भेटिएमा यो जानकारी संपार्श्विक सम्पर्कमार्फत प्रमाणित गर्न सकिन्छ। प्रमाणीकरणपछि आय तथा योग्यता प्रमाणीकरण प्रणालीअन्तर्गत प्रदान गरिएको जानकारीले लाभहरू पाउने योग्यता र रकमलाई प्रभाव पार्न सक्छ। यो जानकारी कानुनको अनुमतिमा मात्र अन्य एजेन्सीहरूसँग खुलासा गरिने छ। म आवेदन दिएकाा सबै व्यक्तिू अमेरिकी नागरिक हुन् वा स्वीकृत विदेशी स्थितिअन्तर्गत भर्ना भएका छन् भन्ने कुरा घोषणा गर्दछु। म झूटा साक्षीको दण्डअन्तर्गत यस कथनमा मैले उपलब्ध गराएको नागरिकता वा विदेशी स्थितिसहितको जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सही र सत्य छ भनी प्रमाणित गर्छु र मेरा कथनहरू प्रमाणित गर्नका लागि आवश्यक सम्पर्कहरू गर्न समुदायमा आधारित सेवा विभागलाई मेरो सहमति दिन्छु। म समुदायमा आधारित सेवा विभागबाट लाभहरू पाउन योग्य छु कि छैन भनी निर्धारण गर्न यस आवेदनको जानकारी प्रयोग गरिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। म मैले गलत जानकारी दिएँ, जानकारी रोकेर राखेँ वा 10 दिन भित्रमा परिवर्तनहरूका बारेमा रिपोर्ट गर्न असफल भएँ भने मलाई जालसाजीको अभियोग लाग्न सक्छ, लाभहरू कम हुन वा गुम्न सक्छन् र मैले प्राप्त गरेका लाभहरू फिर्ता गर्नुपर्ने हुन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छु। साथै, म मेरो कथन प्रमाणित गर्न वा मेरो योग्यतासँग सम्बन्धित थप जानकारी प्राप्त गर्न कुनै पनि आवश्यक सम्पर्क गर्नका लागि समुदायमा आधारित सेवा विभागलाई मेरो सहमति दिन्छु। जाति, वर्ण, लिङ्ग, असक्षमता, धार्मिक सम्प्रदाय, राष्ट्रिय मूल वा राजनीतिक विश्वासलाई ध्यानमा नराखी सहायताका लागि आएका सबै आवेदनू स्वीकार गरिन्छ। तपाईंको मामिलामा गरिएको कुनै कारबाहीसँग तपाईं असहमत हुनुहुन्छ भने तपाईं वा तपाईंको प्रतिनिधिले तपाईंको कार्यकर्तालाई सम्पर्क गरेर निष्पक्ष सुनुवाइका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको मामिला तपाईंले रोजेको कुनै पनि व्यक्तिद्वारा सुनुवाइमा प्रस्तुत हुन सक्छ।

X____ ____________
आवेदकको हस्ताक्षर **मिति**

X____ ____________
आवेदकको पति/पत्नी वा अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर **मिति**

X____ ____________
साक्षीको हस्ताक्षर (यदि चिन्हद्वारा हस्ताक्षर गरिएको भएमा) **मिति**

kynect स्रोत आवश्यकता मूल्याङ्कन

तलको **स्वैच्छिक** अतिरिक्त स्रोत आवश्यकता मूल्याङ्कन हो र यसले तपाईंको Medicaid लाभहरूलाई प्रभाव पार्दैन। यो मूल्याङ्कनले हामीलाई तपाईं र तपाईंको परिवारलाई तपाईंको स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्न सक्ने अन्य आवश्यकताहरू पहिचान गर्न र बुझ्न मद्दत गर्दछ र तपाईंलाई उपयोगी हुन सक्ने यातायात, उपयोगिता, खाद्यान्न, बाल स्याहार, आदि जस्ता सामुदायिक स्रोतहरू/सेवाहरू/कार्यक्रमहरूसँग जोड्न सक्छ। तपाईं https://kynect.ky.gov/resources (अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ) मा आफ्नो kynect खातामा लगइन गरेर वा सामुदायिक स्रोत्/सेवू/कार्यक्रमहरूको सिफारिस गर्नका लागि 2-1-1 मा फोन गरेर आफ्ना नतिजाहरूको समीक्षा गर्न सक्नुहुन्छ।

कुनै पनि अतिरिक्त घरपरिवारका सदस्यहरूले https://kynect.ky.gov/resources (अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ) मा अनलाइनमार्फत आफ्नो kynect खातामा लगइन गरेर वा 2-1-1 मा फोन गरेर आफ्नै व्यक्तिगत आवश्यकताहरूको मूल्याङ्कन पूरा गर्न सक्छन्।

तपाईंको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्ने अक्षरमा घेरा लगाउनुहोस्:

1. **कुन कुराले तपाईंको आवासको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**
   a. मसँग स्थिर आवास छैन।
   b. म अस्थायी रूपमा साथी वा परिवारको सदस्यसँग बसिरहेको छु।
   c. मैले हाल मेरो भाडा/धितो तिरिरहेको छैन र घरबाट निकालिने खतरामा छु।
   d. म मेरो भाडा/धितो तिर्दै छु तर यो किन्न नसकिने छ (आयको 30% भन्दा बढी)।
   e. म हाल भाडा/धितो सहायता कार्यक्रमको सहयोग लिइरहेको छु।
   f. म कुनै गाह्रो नमानी मेरो भाडा/धितो तिर्ने गर्छु।

2. **तपाईंका आवासीय उपयोगिताहरू (पानी, बिजुली, ताप) को अवस्थालाई कुन कुराले राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**
   a. मेरो बस्ने आवास छैन/मेरो आवास अवस्थाका लागि उपयोगिताहरू छैनन्।
   b. मेरा उपयोगिताहरू भुक्तानी नगरेको कारणले गर्दा प्राय: बन्द हुन्छन्।
   c. म मेरा उपयोगिताहरूका लागि भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्ने कार्यक्रमहरूको सहायता लिन्छु।
   d. मलाई मेरा उपयोगिताहरूका लागि भुक्तानी गर्न समस्या छ तर म प्रायः भुक्तानी गर्न सक्षम छु।
   e. म मेरा उपयोगिताहरू कहिल्यै बन्द नहोस् भन्नका लागि भुक्तानी गर्न सक्छु।

3. **कुन कुराले तपाईंको हालको रोजगारीको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**
   a. जागिर छैन।
   b. मसँग अस्थायी, मौसमी वा आंशिक काम छ जसले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्दैन; मलाई थप रोजगार चाहिन्छ।
   c. म पूर्णकालिक काम गर्छु तर यसले कुनै लाभ दिँदै वा मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्ने जति लाभ दिँदैन।
   (नोट: लाभहरूमा चिकित्सा, दन्त र दृष्टि बीमा र सेवानिवृत्ति प्याकेजहरू समावेश हुन सक्छन्)
   d. मसँग अस्थायी, मौसमी वा आंशिक काम छ जसले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्छ; मलाई थप रोजगार चाहिँदैन।

e. म पूर्णकालिक काम गर्छु र यसले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्ने लाभहरू दिन्छ।

4. **कुन कुराले तपाईंको आम्दानी अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. आम्दानी छैन।
b. मेरो आम्दानी अनियमित छ।
c. मेरो आम्दानी मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्नका लागि पर्याप्त छैन।
d. म सहायता कार्यक्रमहरूको मद्दतले मेरा आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु।
e. म सहायताविना नै मेरा आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु।
f. मेरो आम्दानीले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्छ, मेरो आम्दानी सुव्यवस्थित छ र म बचत गर्न सक्छु।

5. **कुन कुराले तपाईंको खाद्यान्न अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. म खाद्यान्न पाउन असमर्थ छु।
b. म खाद्यान्न पाउन सक्छु तर भोजन बनाउनका लागि ठाउँ वा समय छैन।
c. मेरो परिवारले खाद्यान्नका लागि पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (फुड स्ट्याम्प) वा अन्य खाद्य सहायता जस्ता मद्दत प्राप्त गर्नुहुन्छ।
d. म मेरा आधारभूत खाद्यान्न आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु तर मलाई कहिलेकाहीँ फूड प्यान्ट्री जस्तो सहयोग चाहिन्छ।
e. म सहायताविना नै मेरा आधारभूत खाद्य आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु।
f. म मेरो परिवारले चाहेको कुनै पनि खाद्यान्न किन्न सक्छु।

6. **कुन कुराले तपाईंको बाल स्याहार अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मलाई बाल स्याहार चाहिन्छ तर म अहिले बाल स्याहारको खर्च बेहोर्न सक्षम छैन।
b. म बाल स्याहारको खर्च बेहोर्न सक्छु तर बाल स्याहारका विकल्पहरू विश्वसनीय वा पहुँचयोग्य छैनन्।
c. बाल स्याहार व्यक्तिगत मित्र वा परिवार सदस्यले गर्नुहुन्छ।
d. म मेरो मनपर्ने गुणस्तरीय बाल स्याहार चयन गर्न सक्छु।
e. मलाई अहिले बाल स्याहार चाहिँदैन।

7. **कुन कुराले तपाईंको शिक्षाको स्तरलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मसँग कुनै हाइ स्कूल डिप्लोमा/सामान्य शिक्षा विकास (General Educational Development, GED) छैन वा मलाई पढ्न र लेख्नका लागि मद्दत चाहिन्छ।
b. मसँग हाइ स्कूल डिप्लोमा/सामान्य शिक्षा विकास छ तर मलाई भाषासम्बन्धी समस्या छ।
c. मसँग हाइ स्कूल डिप्लोमा/सामान्य शिक्षा विकास छ तर मलाई मेरो कामको अवस्था सुधार्नका लागि थप शिक्षा/प्रशिक्षण चाहिन्छ।
d. मैले रोजगारीका लागि आवश्यक शिक्षा/प्रशिक्षण पूरा गरेको छु।
e. म हाल हाइ स्कूल वा शिक्षा/प्रशिक्षण संस्थामा छु।

8. **कुन कुराले तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार कभरेजलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मसँग कुनै मेडिकल कभरेज छैन र मलाई सकेसम्म चाँडो कभरेज चाहिन्छ।

b. मसँग कुनै मेडिकल कभरेज छैन र कभरेजका लागि तत्काल आवश्यकता छैन।
c. मेरो परिवारका केही सदस्यहरू (जस्तै बालबालिका) सँग मेडिकल कभरेज छ तर म यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्न मद्दत चाहन्छु।
d. मेरो परिवारका केही सदस्यहरू (जस्तै बालबालिका) सँग मेडिकल कभरेज छ र हामीले यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्छौँ।
e. मेरो परिवारका सबै सदस्यू किफायती स्वास्थ्य बीमाद्वारा कभर हुनुहुन्छ तर म यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्न मद्दत गर्न चाहन्छु।
f. मेरो परिवारका सबै सदस्यू किफायती स्वास्थ्य बीमाद्वारा कभर हुनुहुन्छ र हामी यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्छौँ।

9. **कुन कुराले तपाईंको यातायातको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मसँग यातायातको पहुँच छैन।
b. मसँग कार छ तर यसलाई चलाउन सक्दिनँ वा यो अविश्वसनीय छ।
c. म सार्वजनिक यातायात वा बाइक प्रयोग गर्छु तर यो असुविधाजनक वा सीमित छ।
d. मलाई यातायातका लागि मद्दत चाहिँदैन।

10. **तपाईंलाई मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिन्छ?**

a. हो, मलाई मेरो मानसिक स्वास्थ्यका लागि सहयोग चाहिन्छ।
b. होइन- मलाई मेरो मानसिक स्वास्थ्यका लागि सहयोग चाहिँदैन।

11. **तपाईंलाई पदार्थ प्रयोगसँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिन्छ?**

a. हो, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिन्छ।

b. होइन, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँदैन।

12. **तपाईंलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिन्छ?**

a. हो, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिन्छ।

b. होइन, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँदैन।

13. **कुन कुराले वृद्धावस्था र/वा असक्षमता भएका मानिसहरूको स्याहारका लागि तपाईंको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मलाई आफ्नो वा उमेर वा असक्षमताका कारणले मेरो स्याहार गर्ने व्यक्तिका लागि तत्काल सहयोगको आवश्यकता छ।
b. म वा उमेर वा असक्षमताका कारणले मेरो स्याहार गर्ने व्यक्तिले सहयोग प्रयोग गर्न सक्छौँ।
c. मलाई वृद्धावस्था/असक्षमता भएका मानिसहरूको स्याहारका लागि कुनै सहयोगको आवश्यकता छैन।

14. **कुन कुराले तपाईंको बालबालिकाको विद्यालयको अनुभवलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मेरा एक वा सोभन्दा बढी विद्यालय जाने उमेरका बालबालिकाहरू विद्यालयमा भर्ना भएका छैनन्।
b. मेरा बच्चा वा बालबालिकाहरू विद्यालयमा भर्ना भएका छन् तर केही समय मात्र उपस्थित हुन्छन्।
c. मेरा बच्चा वा बालबालिकाहरू भर्ना भएका छन् र प्रायः वा सबै समय कक्षाहरूमा उपस्थित हुन्छन्।

d. मेरा विद्यालय जाने उमेर भएका बालबालिकाहरू छैनन्।

15. **कुन कुराले तपाईंका दैनिक आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्ने क्षमतालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मसँग खाद्यान्न, लत्ताकपडा वा नियमित नुहाउने ठाउँ जस्ता आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्ने क्षमता छैन।
b. म मेरा केही आधारभूत आवश्यताहरू पूरा गर्न सक्छु तर सबै पूरा गर्न सक्दिनँ।
c. म मेरा धेरैजसो आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्षम छु तर सबै पूरा गर्न सक्दिनँ।
d. म मेरा सबै आधारभूत आवश्यकताू दिनहुँ पूरा गर्न सक्षम छु।

16. **कुन कुराले तपाईंको सामाजिक सम्बन्ध र मित्रतालाई राम्रो वर्णन गर्छ?**

a. म एक्लै बस्छु र/वा म मानिसहरूसँग अन्तरक्रिया गर्न चाहन्नँ।
b. म परिवार वा समूहहरूसँग थप संलग्न हुन चाहन्छु तर थप जानकारी वा सहायता चाहिन्छ।
c. मसँग बलियो पारिवारिक/सामाजिक सहायतानहरू छन् र/वा म सक्रिय रूपमा मेरा समुदाय वा सहायता समूहहरूमा संलग्न छु।

17. **कुन कुराले कानुनी सहायताका लागि तपाईंको आवश्यकतालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मेरा वारेन्ट(हरू) बाँकी छन् वा अभियोगहरू विचाराधीन छन्।
b. म परीक्षणकाल वा पेरोल सर्तहरू पूर्ण रूपमा पालना गर्दै छु।
c. मेरो कुनै आपराधिक इतिहास छैन वा 12 महिनाभन्दा बढीमा कुनै आपराधिक न्याय संलग्नता छैन।

18. **कुन कुराले तपाईंका अभिभावकत्व सीपहरूलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**

a. मलाई मेरा अभिभावकत्व सीपहरू सुधार्नका लागि स्रोतहरू चाहिन्छ।
b. मेरा अभिभावकत्व सीपहरू पर्याप्त वा राम्रोसँग विकसित छन्।
c. मेरो बालबच्चा छैन।